

¿DÓNDE PARIR, DÓNDE NACER?

Hace cien años esta pregunta hubiera tenido una respuesta: en el hogar.

Hace 50, otra: en el hospital.

Hoy día, la respuesta es muy distinta: la mujer tendría que parir en el lugar donde ella se encontrara segura. Para ello debe recibir toda la información necesaria sobre las posibilidades asistenciales que se han demostrado como seguras, y siempre de acuerdo al nivel asistencial que requiera su embarazo y parto, a ser posible, el más bajo donde se asegure la asistencia. Actualmente, estas posibilidades son múltiples para los embarazos de bajo riesgo:

- En el hogar
- En casa de partos
- En clínicas pequeñas
- En maternidades
- En hospitales

Si nos atenemos a la declaración de la FIGO (1982) y a las conclusiones de Campbell y Macfarlane (1994), nos encontramos que el hogar es el nivel más bajo, y que con una adecuada asistencia, éste debería ser el lugar de primera elección.

Esto que a simple vista parece tan evidente después de revisar los trabajos publicados no se corresponde, sin embargo, con la realidad.

En la mayoría de los países de Sudamérica, Centroamérica y, por supuesto, España, nos encontramos con una oposición muy fuerte a la hora de llevar a la práctica estas recomendaciones por parte de las políticas sanitarias.

Los servicios sanitarios públicos de estos países sólo cubren la asistencia a los partos en los hospitales, donde, en casi todos los casos, los cuidados no están encaminados a cubrir las necesidades de la mujer y de su familia, sino que la mujer se encuentra aislada y sin ningún tipo de apoyo emocional.

La situación en zonas aisladas geográficamente, en zonas deprimidas económicamente y en comunidades indígenas de países de Sudamérica y Centroamérica que no pueden acceder a servicios hospitalarios, es bastante precaria. Está limitada la asistencia a partos en el hogar a manos de otras mujeres, de parteras tradicionales y en escasas ocasiones de parteras con formación académica, y en pocas ocasiones se puede garantizar una asistencia adecuada en caso de complicaciones.

Se tendrían que desarrollar planes de salud que garantizaran la asistencia a toda la población, adecuados a sus necesidades, haciendo posible la subsistencia de los modelos tradicionales con los académicos, y siguiendo, en la medida de lo posible y adecuado a cada cultura, un sistema de control gestacional centrado en la mujer y la familia, semejante a modelos ya existentes.

Estos planes harían disminuir drásticamente las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil, como se ha puesto de manifiesto en otros países (Zambia, Nasah y Tyndall 1994). Además, permitirían despistar los embarazos de alto riesgo y

actuar selectivamente sobre esta población, con planes asistenciales específicos (traslados a zonas con asistencia de nivel superior).

El beneficio añadido de estas políticas es que no sería necesario trasladar a todas las mujeres embarazadas a zonas alejadas de su entorno, con la consiguiente separación y desestructuración familiar que originaría. Una experiencia que ilustra claramente este ejemplo es la del pueblo Inuit, en Canadá, donde las mujeres eran trasladadas un mes antes de parir y separadas de sus familias. Esta intromisión en el desarrollo normal de la comunidad originó una desestructuración social que sólo se pudo solucionar recuperando los partos dentro de la sociedad Inuit (Houd, 2000).

«Hasta que la mujer no sea libre para decidir dónde parir y para decidir dónde nacerá su bebé, no podremos decir que existe una adecuada asistencia al parto en ningún país»

El panorama que se nos ofrece en los países donde la asistencia hospitalaria es el monomodelo asistencial imperante, sin ninguna otra alternativa desde los sistemas sanitarios y, en muchos casos, sin hacer caso a las recomendaciones sobre asistencia al parto normal (OMS, 1996) es desolador.

Existe una fuerte presión para impedir el desarrollo de otros modelos asistenciales, tachándolos de peligrosos e irresponsables. Lo curioso es que no se basan en ninguna evidencia científica a la hora de realizar tan desacertadas afirmaciones.

¿Por qué? Resulta difícil creer que existe un desconocimiento de las investigaciones realizadas sobre la seguridad del parto en casa, en casas de partos y en pequeñas clínicas que vienen a demostrar que no existe un único modelo asistencial, sino múltiples posibilidades.

Los gobiernos deberían crear planes destinados a informar a la población sobre las distintas alternativas y estar cubiertas por los sistemas sanitarios, como ocurre en muchos países europeos como Holanda, Inglaterra, Alemania, Suiza y Austria.

Hasta que la mujer no sea libre para decidir dónde parir y para decidir dónde nacerá su bebé, no podremos decir que existe una adecuada asistencia al parto en ningún país.

Editorial OB STARE